

Влагалище и шейка матки в постменопаузе. Возможности терапии

Проф. д.м.н. В.Н. Прилепская, руководитель научно-поликлинического отдела.
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН,
дир. - акад. РАМН В. И. Кулаков

Проблема постменопаузы приобрела в последние годы особое значение в связи со значительным увеличением продолжительности жизни женщин, что особенно четко прослеживается в развитых странах. Однако тот период жизни, за счет которого увеличивается эта продолжительность, характеризуется возрастными инволютивными изменениями, нередко выходящими за рамки физиологических процессов старения, развитием ряда патологических симптомов, синдромов и заболеваний.

На фоне дефицита половых гормонов, преимущественно эстрогенов, у каждой второй женщины возникают климактерические нарушения, которые по времени их возникновения и клиническим особенностям условно принято разделять на 3 группы.

1-я группа - ранние (вазомоторные) симптомы (приливы жара, повышение потливости, головная боль, гипотония или гипертония, учащенное сердцебиение) и эмоционально-психические (раздражительность, сонливость, невнимательность, снижение либидо).

2-я группа - средне-временные урогенитальные нарушения (сухость во влагалище, боль при половом сношении, зуд и жжение, цисталгия, недержание мочи).

3-я группа - поздние обменные нарушения (остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания).

Симптомы урогенитальных нарушений возникают приблизительно через 5 лет и более после прекращения менструаций и в дальнейшем прогрессируют, приводя к функциональным и анатомическим изменениям не только влагалища, уретры, мочевого пузыря, мочеточников, но и патологическим процессам шейки матки.

Дефицит эстрогенов закономерно вызывает нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, подавление митотической активности клеток, в первую очередь базального и парабазального слоев, изменение чувствительности рецепторного аппарата. Как известно, специфическая регуляция влагалища определяется рецепторами к эстрогенам, протеинами, альтернативными гормонами, клеточными элементами иммунокомпетентных клеток. По мере прогрессирования эстрогенного дефицита на фоне общих инволютивных изменений в организме происходит значительное изменение микроциноза влагалища.

Известно, что у женщин репродуктивного возраста в микроцинозе влагалища преобладают пероксин-продуцирующие лактобациллы, которые обеспечивают защитные свойства влагалища, конкурируя с патогенными микроорганизмами.

Путем расщепления гликогена, образующегося в эпителии влагалища благодаря наличию достаточного количества эстрогенов, образуется молочная кислота, обеспечивающая кислую среду в пределах колебания pH от 3,8 до 4,4. Это в свою очередь приводит к подавлению роста патогенных и условно-патогенных бактерий. Наряду с присущими ей защитными свойствами влагалищная флора у женщин репродуктивного возраста обладает достаточно выраженной ферментативной, витаминообразующей, иммуностимулирующей и другими функциями, необходимыми для нормального функционирования экосистемы и ее защитного действия.

В период постменопаузы эти защитные свойства утрачиваются, слизистая оболочка влагалища истончается, легко изъязвляется с последующим инфицированием не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами. По мере прогрессирования дефицита эстрогенов, нарастают и атрофические изменения во влагалище, которые характеризуются:

- снижением кровотока и кровоснабжения;
- фрагментацией эластических и гиалиновых коллагеновых волокон;
- уменьшением содержания гликогена в клетках эпителия влагалища;
- снижением колонизации лактобацилл;
- значительным снижением количества молочной кислоты;
- повышением pH влагалища до 5,5 - 6,8.

С увеличением продолжительности постменопаузы происходит резкое ощелачивание влагалищной среды, развитие дисбиотических и атрофических процессов. Атрофические процессы, особенно выраженные в слизи влагалища, захватывают и соединительнотканые и мышечные структуры влагалища, мышцы тазового дна, уретры, мочевого пузыря, что закономерно приводит как к анатомическим, так и функциональным нарушениям мочеполовой системы. Многослойный плоский эпителий, покрывающий наружную поверхность влагалищной части шейки матки (экзоцервикс), претерпевает аналогичные изменения с прогрессирующими явлениями атрофии. В виду этого наиболее частыми клиническими формами возрастной патологии влагалища и шейки матки в постменопаузе являются атрофические вагиниты (кольпиты) и цервициты. Наиболее тяжелые формы атрофических изменений нижних отделов половых путей связаны с нарушением контроля мочеиспускания, требуют обследования не только гинеколога, но и уролога и подробно изложены в диссертации В. Е. Балан (1998) [1].

Клиническими проявлениями атрофических вагинитов и цервицитов являются весьма характерные жалобы на сухость, зуд, выделения из влагалища, носящие длительный, рецидивирующий и упорный характер, кровянистые выделения при физической нагрузке и половых контактах, при попытке произвести исследование в зеркалах; различные сексуальные нарушения, вплоть до невозможности половой близости.

Схематично динамику сексуальных нарушений можно представить следующим образом: вначале появляется сухость влагалища, снижение коитальной, а затем и сексуальной активности, снижение оргазма и возбуждения, диспареуния и впоследствии невозможность половых контактов.

Диагностика и дифференцированная диагностика возрастных изменений нижних отделов половых путей в первую очередь должна быть направлена на исключение онкологической, инфекционной и других патологий, которые могут как бы маскироваться возрастными изменениями.

Основными методами исследования, которые безусловно не исчерпывают весь арсенал методов и могут быть необходимы для обследования конкретной больной, являются:

- клинический метод;
- расширенная кольпоскопия;
- кольпоцитология (с определением КПИ или ИС мазков) ;
- Pap-smear-test (мазки-отпечатки с шейки матки);
- бактериоскопический;
- бактериологический;
- определение pH влагалищного содержимого.

Клиническому методу исследования должно отводиться первостепенное значение, несмотря на наличие комплекса перечисленных дополнительных методик. Важное значение имеют связь с возрастом больных, характерные клинические признаки в виде вульвитов, вагинитов, экзо- и эндоцервицитов, дистрофических процессов вульвы и влагалища. При этом необходимо помнить, что характерными особенностями клинического течения возрастных изменений нижнего отдела половых путей у женщин в постменопаузе является их длительное, рецидивирующее течение, сочетание с урологическими симптомами, отсутствие эффекта от антибактериальной и других видов терапии, не включающих применение эстрогенов в том или ином виде.

Особенностью клинического течения возрастной патологии является нередкое инфицирование истонченных и атрофических тканей. В таком случае на первый план выступают симптомы того или иного инфекционного процесса (кандидоз, хламидиоз и т. д.). Однако, учитывая то, что беспорядочные половые связи у женщин в постменопаузе очень редки, редка и частота специфических процессов в половых органах. Следует отметить, что основная ошибка в ведении этого контингента больных состоит в назначении длительной, немотивированной, бесконтрольной антибиотикотерапии, противовирусного и других видов лечения, приводящих к усугублению выраженности и извращенному характеру инволютивных изменений.

Клинические ошибки связаны также с необходимостью больных обращаться к врачам различных специальностей: акушеру-гинекологу, урологу, терапевту, дерматологу и, наконец, к психиатру. В своей клинической практике мы встречали больных, которые в течение нескольких лет получали массивные дозы антибактериальной терапии по поводу атрофических вагинитов и цервицитов с неоднократной биопсией шейки матки, так как очаговые атрофические экзоцервициты трактовались как подозрение на предраковые процессы.

Трудно переоценить значимость кольпоскопии при оценке состояния шейки матки в постменопаузе.

Как правило, кольпоскопическая картина шейки матки в постменопаузе является достаточно характерной: многослойный плоский эпителий истончен, субэпителиальные сосуды стромы легко кровоточат при контакте и могут не сокращаться на пробу с раствором уксусной кислоты; стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия находится на уровне наружного зева, определяется картина синильного диффузного или очагового экзоцервицита, проба Шиллера слабоположительная.

При кольпоцитологии в постменопаузальном периоде выявляются 5 основных типов влагалищных мазков:

- пролиферативный;
- промежуточный;
- смешанный;
- атрофический;
- цитолитический.

Пролиферативный и промежуточные типы мазков могут редко встречаться в менопаузе или в начале постменопаузы, смешанный, атрофический или цитолитический тип наиболее часто встречающиеся типы мазков. О выраженном дефиците эстрогенов свидетельствуют мазки атрофического и цитолитического типа, которые встречаются у 63 - 68% женщин с продолжительностью менопаузы более 5 лет. Подсчет кариопикнотического индекса и индекса созревания позволяет более точно определить степень эстрогенных влияний, вернее, эстрогенного дефицита. В постменопаузе он не превышает 15 - 20% и колеблется от 0 (выраженный дефицит) до 20 (умеренный дефицит).

Чрезвычайно важным в отношении онкологической настороженности применительно к патологии шейки матки является Pap-smear-test, позволяющий с точностью до 95% выявить предраковые процессы шейки матки, не выявляемые с помощью других неинвазивных методик. Мазки-отпечатки с шейки матки по Папаникалу подразделяются на 5 основных классов.

При получении ответа цитолога о выявлении IV или V класса мазков следует тщательно обследовать больную для исключения признаков цервикальной неоплазии. Нередко это подозрение при повторной кольпоскопии исчезает после проведения противовоспалительного лечения. Если не показана прицельная биопсия шейки матки с последующим цитологическим исследованием биоптата.

Бактериоскопический и бактериологический методы позволяют выявить состояние микрофлоры влагалища, специфических и неспецифических возбудителей сопутствующей инфекции, дисбиотические процессы влагалища.

По данным А.С. Анкирской (1995) [2], у женщин в постменопаузе атрофические процессы нередко осложняются бактериальным вагинозом, одним из признаков которого является наличие "ключевых" клеток во влагалищном мазке.

Дополнительным методом диагностики состояния микробиоценоза является определение рН влагалищного содержимого с помощью бумажных индикаторов или биохимических методов. Установлено, что не только уровень КПИ, но и уровень рН могут быть использованы для косвенного суждения о степени эстрогенной недостаточности. Если у здоровых женщин рН колеблется от 3,5 до 5,5, то в период постменопаузы от 5,5 до 7, при этом рН > 6 соответствует значительной выраженности атрофических процессов (Муравеева В.В., 1997) [3].

Безусловно, одним из первых методов обследования пациенток является УЗИ гениталий, позволяющее исключить органическую патологию половых органов.

Таким образом, только комплексное исследование позволяет оценить состояние нижнего отдела половых путей и принять решение об использовании заместительной гормонотерапии (ЗГТ).

В настоящее время не вызывает сомнений, что ЗГТ - основной метод лечения вульвитов, вагинитов, цервицитов, сексуальных и урологических нарушений, обусловленных дефицитом эстрогенов. При этом следует учитывать, что невосполненный эстрогенный дефицит прогрессирует с увеличением продолжительности менопаузы. Существует такое понятие как "терапевтическое окно", продолжительность которого условно исчисляется 8 - 10 годами наступления менопаузы. Начатая в этот период своевременная терапия ранневременных климактерических расстройств позволяет значительно уменьшить выраженность и отсрочить появление средневременных атрофических нарушений.

Основными задачами ЗГТ у данного контингента женщин являются :

- 1) ликвидация атрофических изменений, восстановление нормальной микрофлоры влагалища, кровообращения, тонуса влагалища и мочевыводящих путей;
- 2) предотвращение инфицирования влагалища и шейки матки, что осуществляется с помощью эстрогенов, входящих в состав различных препаратов как системного, так и местного действия.

Принципы выбора того или иного метода ЗГТ у женщин с атрофическими процессами в постменопаузе, особенно при нарушении контроля мочеиспускания детально сформулированы В.Е. Балан, В.П. Сметник в ряде статей [4]. При изолированных, не сочетающихся с другими симптомами менопаузы, урогенитальных расстройствах и наличии противопоказаний к системной ЗГТ у женщин старше 65 лет предпочтение следует отдавать местной терапии препаратами, содержащими эстриол, не вызывающими каких-либо осложнений в отличие от системной ЗГТ (климен, прогинова, циклопрогинова, ливилал, дивина, дивитрен и многие другие), практически безопасными и не имеющими

абсолютных противопоказаний. Применительно к инволютивной патологии вульвы, влагалища и шейки матки местную терапию мы считаем методом выбора.

В нашей стране, так же как и за рубежом, предпочтение отдается препаратам эстриола, входящего в состав таблеток, кремов, мазей, свечей под названием "Овестин". Эстриол имеет самый короткий период нахождения в ядре клетки (1 - 4 ч) и обладает самой низкой биологической активностью среди естественных эстрогенов, что определяет его преимущество как препарата локального действия. В отличие от других эстрогенов он связывается с рецепторами нижнего отдела половых путей значительно быстрее, чем с рецепторами матки, в связи с чем не вызывает пролиферацию эндометрия, что чрезвычайно важно у больных в периоде постменопаузы. Менструальноподобная реакция при его применении в отличие от других препаратов возникает чрезвычайно редко. Вместе с тем под влиянием уже небольших доз препарата активизируются пролиферативные процессы влагалищного и шейчного эпителия, нормализуется микрофлора влагалища, повышается тонус сосудов, мышц, улучшается кровообращение нижних отделов половых путей, в связи с чем повышается резистентность влагалища и шейки матки к инфекционным воздействиям.

Мы имеем опыт применения овестина у 283 больных в различных лекарственных формах на протяжении от 1 года до 5 лет [5]. Ретроспективный анализ показал его высокую клиническую эффективность также и в качестве реабилитирующего средства после лечения специфических инфекционных процессов у женщин в постменопаузе.

Существуют различные схемы применения препарата, мы использовали одну из следующих:

Овестин (свечи) - по 1 свече (0, 5 мг) 1 раз в день в течение 3 нед, затем по 1 свече 2 раза в неделю в течение 3 нед, затем по 1 свече 1 раз в неделю.

Овестин (крем) - 1 доза (0, 5 мг) 1 раз в день в течение 3 нед; 1 доза 2 раза в неделю в течение 3 нед; 1 доза 1 раз в неделю. Далее - минимальная поддерживающая доза под контролем КПИ, который должен находиться на показателях 10 - 15%.

В тех случаях, когда при обследовании пациентки выявляется инфекционный процесс влагалища и шейки матки специфической или неспецифической этиологии, необходимо проведение этиотропной терапии: при кандидозе - местное или системные антимикотики, при бактериальном вагинозе - далацин-вагинальный крем + антимикотики и т.д. После контрольного микробиологического исследования, исключающего наличие патогенной микрофлоры, показано использование овестина по той же схеме с клиническим и лабораторным контролем с применением перечисленных ранее дополнительных методов исследования, позволяющих судить о степени восполнения эстрогенного дефицита.

В настоящем сообщении мы хотели коротко остановиться на клинике, диагностике некоторых форм возрастных изменений в репродуктивной системе женщины и возможностях их коррекции с помощью методов щадящей терапии, чрезвычайно удобной для применения. Однако изложенный кратко материал безусловно не охватывает все аспекты этой сложной и многогранной проблемы. Другие публикации по материалам семинара дополнят и расширят настоящее сообщение.

Литература:

1. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия). Дис. докт. мед. наук. - М., 1998. - 305 с.
2. Анкирская А. С. Бактериальный вагиноз // Акушерство и гинекология. - 1995. - Ъ 6. - 13-16 с.
3. Муравьева В.В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // Автореф. дис. канд. биол. наук. - М. 1997. - 23 с.
4. Балан В.Е., Сметник В.П. Урогенитальные расстройства в постменопаузе. - М., 1998 - 3-5 с.
5. Прилепская В.Н. Лечение урогенитальных нарушений у женщин в постменопаузе препаратом Овестин. (Проблемы здоровья женщин позднего и старшего возраста. Тезисы доклада.) - М., 1995. - 11-14 с.